

JOURNÉE TECHNIQUE

9 septembre 2021

LES ACTES



Observation et accueil de l'expression du jeune enfant en protection de l'enfance



z z



JOURNÉE TECHNIQUE

Sommaire



Introduction de la journée

Éric DELEMAR - Défenseur des Enfants

Virginie GIRARDOT et Christine OMAM - Membres de la commission "Parcours, prévention et protection de l'enfant"

P.3

Présentation du Rapport ONPE « Penser petit : des politiques et des pratiques au service des enfants de moins de six ans confiés »

Anne OUI - Chargée de mission coordinatrice à l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance, auteur du Guide de l'assistant familial

P.8

Observer, Voir, Comprendre : l'essentiel est-il visible pour les yeux ?

Dr. Agnès MUET - Médecin référente enfants à besoins spécifiques / CDEF 44

Dr Daniel ROUSSEAU - Pédopsychiatre, coordinateur du Programme PEGASE

Virginie MARCHAND - Psychologies au Foyer de l'enfance du Maine-et-Loire et équipe PEGASE

Gaëtan BRAULT - Psychologue à la CEMMA54 (Cellule Enfance Meurthe-et-Moselle Accueil)

P.13

Présentation du projet «My backpack»

Bep VAN SLOTEN - Consultante et formatrice sur le placement familial aux Pays-Bas. Intervenante à l'international. A été famille d'accueil et enseignante en travail social. Conseille certaines ONG sur les politiques et programmes de soutien aux enfants privés de soins parentaux.

Vincent SALOMON - Ex-responsable d'un service de placement familial associatif en région lilloise, ex-président ANPF et APFEL (Association européenne pour la promotion du placement familial).

Du bébé observé au bébé soigné : la place de l'empathie

P.31

Du bébé observé au bébé soigné : la place de l'empathie

Pr. Bernard GOLSE - Pédopsychiatre-Psychanalyste ; professeur émérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes

P.36

Clôture

Virginie GIRARDOT - Membre de la commission Parcours, prévention et protection de l'enfant

Jeanne CORNAILLE - Déléguée nationale du GEPSO

P.40

Auteurs des actes :

Elève D3S EHESP, Promotion 2021-2022 Simone de Beauvoir - Marie Aubry, Emeline Bachiri, Thierry Devaux, Caroline Giulioli, Guillaume Lechevanton, Alexandra Rejasse

Actes : Journée technique du GEPSO – 9 septembre 2021

Observation et accueil de l'expression du jeune enfant en protection de l'enfance en protection de l'enfance

Accueil des participants

Philippe Billet (P.B.)

Chercheur en sciences sociales, spécialisé sur l'analyse des collaborations d'intervenants sociaux dans des organisations complexes en intra ou en partenariat et coordinateur scientifique à ASKORIA, un institut de formation et de recherche dans le domaine des solidarités en Bretagne. Le thème d'aujourd'hui fait l'objet d'une actualité depuis quelques années avec notamment le rapport transmis par le Docteur Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS et Laurence ROSSIGNOL en 2017 qui s'intitulait "Démarches de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance" et en 2019 le rapport "Penser petit" publié par l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) sur la prise en compte des besoins fondamentaux dans l'accompagnement.

Introduction de la journée

Éric DELEMAR - Défenseur des Enfants

Salue l'intervention des professionnels depuis plus d'un an et demi de crise, où les missions d'accueil d'urgence n'ont pas cessé. Il y a environ 350 000 enfants accompagnés en protection de l'enfance, dont la moitié accueillie et environ 60 000 en MECS et foyers de l'enfance. Dans ces 60 000, aucun regard n'a été posé, aucune étude : ce sont les seuls internats, lieux de vie de groupe qui n'ont pas arrêté et pour lesquels on aurait pu sans doute diminuer la pression faite aux enfants puisque ceux-ci étaient à la fois contaminants, vecteurs, pendant l'année 2020 plus particulièrement.

Sans doute la crise sanitaire a-t-elle démontré, s'il fallait encore le dire, l'importance des politiques publiques, notamment celles destinées aux familles qui se sont senties complètement dépourvues lors de l'annonce de fermetures des unités d'accueil petite enfance, des crèches, mais aussi toutes ces familles, parents, qui ont saisi, le Défenseur des Enfants, notamment les parents d'enfants en situation de handicap lorsqu'ils ont été confrontés à la fermeture soudaine des écoles et qu'ils se sont retrouvés seuls, souvent désemparés avec des problématiques particulièrement complexes.

Quelques chiffres et informations clés :

- 3000 saisines par an, concernant des atteintes aux droits fondamentaux des enfants principalement dans le champ de la protection de l'enfance
- 80% de ces saisines sont résolues dans le cadre de la médiation par le délégué sur le territoire.
- 530 délégués sur l'ensemble du territoire métropolitain et outremerin
- 20% des cas font l'objet d'instructions de dossier par des juristes, anciens magistrats, anciens avocats. Ils font des recommandations aux départements, à l'association des départements de France, aux établissements concernés, au ministère, etc.
- Exemples d'observations lors d'instructions : absence de projet pour l'enfant, certains écrits sur un bout de papier, absence d'informations sur le parcours de santé dans ce projet pour l'enfant, saturations de dispositifs, gestion de places au détriment de gestion de projets, turn-over de professionnels référents, organisations en silos, cloisonnements de politiques publiques qui créent aussi un certain nombre de ruptures dans l'accès à l'éducation, à la santé et parfois même au logement puisque certains enfants de la protection de l'enfance ne savent plus où ils habitent et quand on ne sait plus où on habite, et bien on n'a pas d'accès à la santé et à l'éducation.

Cette journée fait écho à un certain nombre de rapports du Défenseur des droits et du Défenseur des enfants, tel que celui de 2018 "De la naissance à 6 ans, au commencement des droits, le rapport de 2020, "Prendre en compte la parole de l'enfant : un droit pour l'enfant, un devoir pour l'adulte", celui de 2019 sur les violences institutionnelles ou celui de 2015 sur les atteintes aux droits fondamentaux des enfants en situation de handicap accueillis en protection de l'enfance. Dans le rapport 2018 nous rappelons que, avec la convention internationale des droits de l'enfant, au fond l'enfant devient un titulaire de l'ensemble des droits de l'homme dès sa naissance et que petit être humain ne veut pas dire petits droits, que les enfants ont des besoins spécifiques que vous rappellerez tout au long de la journée : des besoins physiologiques, de sécurité, d'affection.

Le monde s'est doté de la convention internationale des droits de l'enfant avec cette obligation faite aux adultes de protéger, d'éduquer, d'aider à s'exprimer puisque sans cette capacité, tous les autres droits en pâtissent.

Il n'y a pas de politique de protection de l'enfance sans respect des droits, sans lutter contre les violences éducatives ordinaires qui ont lieu dans toutes les sphères - à la maison, à l'école, dans les lieux de passage, dans les lieux de vie – etc. Il n'y a pas de respect des droits sans approche et sans prise en compte des besoins fondamentaux, mais il n'y a pas de prise en compte des besoins fondamentaux sans décroisement des institutions puisque tous ces droits sont indissociables et interdépendants. Il n'y a pas non plus de politique publique de protection de l'enfance sans prévention, sans travail auprès des familles.

Des progrès ont été faits :

- La loi de 2019 sur les violences éducatives ordinaires
- La Stratégie des 1000 premiers jours

Le récent séminaire "Premiers pas" organisé par le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge en partenariat avec France stratégie et la CNAF souhaite proposer un service public d'accueil de la petite enfance qui permettrait à tout parent de proposer la liberté d'accompagner ou de faire accueillir son enfant autour d'activités d'éveil de façon séquentielle avec ou sans son parent, et de remettre l'éveil, la culture au centre de l'éducation.

En préparant, dès les premiers âges, l'enfant à s'exprimer, à favoriser son expression individuelle et collective et dans un second temps, le faire accéder à ses droits, l'enfant sera beaucoup plus en mesure de se protéger.

Virginie GIRARDOT et Christine OMAM - Membres de la commission "Parcours, prévention et protection de l'enfant"

VG : En 2015, nous nous avons fait le constat unanime que la situation de ces jeunes enfants, quel que soit le département, arrivent trop tardivement dans notre dispositif, souvent après 5 ans, avec de très grands retards de développement, des troubles du comportement, des handicaps, que nous aurions sans doute pu prévenir. Nous avons proposé la constitution d'un groupe de travail au niveau national et la Commission a permis à plus de vingt établissements de pouvoir se retrouver ; partager sur nos valeurs à défendre autour de ces jeunes enfants ; se retrouver sur la définition, la question de savoir comment ces droits fondamentaux pouvaient être pris en compte au quotidien ; débattre sur nos différents modes d'accueil – accueil familial, suivi à domicile, accueil de jour, services de visite médiatisée, pouponnière.

Nous avons mis en place une première journée technique en 2018, sur le "bien grandir en pouponnières", établissements très peu connus, et qui souffrent trop souvent de représentations fausses. Ce groupe de travail nous a permis aussi de croiser Daniel Rousseau sur notre chemin et de pouvoir proposer que 15 établissements, sur l'ensemble du territoire national, puissent être lieux d'expérimentation pour renforcer le suivi de santé des enfants jusqu'à 6 ans.

CO : A travers l'organisation de cette journée, le GEPSO affirme sa volonté de s'inscrire dans la prévention en protection de l'enfance, la prévention dans la protection. La prévention c'est agir au plus jeune âge auprès des enfants et de leurs familles, le plus précocement possible afin de donner toutes les chances aux enfants de pouvoir bénéficier d'un développement le plus satisfaisant, d'éviter la survenue d'effets indésirables secondaires à leur situation à risques vécue.

Cela peut évoquer pour certains les trois niveaux de prévention définis par l'OMS : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. Tout cela permet de faire du lien, de montrer qu'il n'y a pas de frontière entre le sanitaire, le social, l'éducation, pour les enfants, pour le public que l'on accueille.

Comment construire tout cela ? Seul, personne ne peut y parvenir, l'enfant encore moins. Pour autant, il sait exprimer ses besoins par les moyens dont il dispose et même dans son plus jeune âge, il a un mode d'expression, peu formalisé sans langage. Pour autant, il exprime un certain nombre de ses besoins. C'est l'observation, plutôt croisée, pluridisciplinaire, pluri professionnelle, qui va permettre de formuler des hypothèses, de dérouler des actions, d'objectiver l'interprétation d'un ou plusieurs symptômes, de l'expression, des manifestations d'un comportement, de mettre en commun un faisceau d'indices et ensuite d'élaborer un plan d'actions qui va être évalué, réajusté à partir des réactions de l'enfant qu'il pourra manifester et des effets qui seront observés.

C'est tout le sens de cette journée : d'apporter des ressources aux professionnels, à chacun d'entre nous, des outils voire de conforter des pratiques professionnelles sur la discipline de l'observation, le croisement des regards au service de la prise en charge de l'intérêt de cet enfant au profit de son développement.

Présentation du Rapport ONPE « Penser petit : des politiques et des pratiques au service des enfants de moins de six ans confiés »

Anne OUI - Chargée de mission coordinatrice à l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance, auteur du Guide de l'assistant familial

Dans le contexte de la tenue de la conférence de consensus sur les besoins de l'enfant en protection de l'enfance, l'ONPE a lancé en 2016 une étude portant sur l'accueil des enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance.

L'étude part de l'hypothèse que la pertinence et la qualité de la prise en charge des tout-petits en protection de l'enfance sont des enjeux forts pour la suite de leurs parcours. Pour développer cette pertinence et cette qualité, il est nécessaire de penser et de construire les politiques et les pratiques à partir d'une attention constante aux besoins spécifiques des jeunes enfants confiés.

Quelques données de cadrage de cette étude :

- Au 31 décembre 2015, 20 470 enfants de moins de 6 ans sont confiés à protection de l'enfance en France métropolitaine ; ils représentent 4,5 pour 1000 de la population des moins de 6 ans en France et 14,3% de la population des enfants confiés soit 55% de garçons et 45% de filles. Le nombre d'enfants confiés augmente régulièrement ces dernières années.
- Des disparités territoriales avec un taux des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE parmi l'ensemble des enfants confiés variant de 9 à 23 % selon le département considéré. Au niveau national, les enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance sont très majoritairement pris en charge en famille d'accueil.
- Pour l'ensemble des enfants confiés, le taux de prise en charge en famille d'accueil est de 51,6 %, il est bien plus élevé pour les moins de 6 ans, passant à 69,7 % ; ce taux s'établit à 64 % pour les enfants de moins de 2 ans et à 73,4 % pour les enfants âgés de 3 à moins de 6 ans.

Pour l'enquête sur les pouponnières : en 2016, l'enquête de l'ONPE dénombre 93 pouponnières sur le territoire national, dont 70 sections pouponnières rattachées à un foyer de l'enfance et 23 pouponnières privées. Au total, 1996 places ont été comptabilisées pour l'ensemble de ces établissements. En 2017, les données sont quasi similaires puisque l'ONPE dénombre 94 pouponnières sur le territoire, dont un quart de pouponnières privées, avec un total de 2008 places.

Le cœur de l'étude est néanmoins d'étudier les pratiques de prise en charge de soins de ces jeunes enfants. Les connaissances à disposition de professionnels sont en extension, elles se développent par les démarches cliniques d'observation et par les travaux d'études et de recherche.

Par conséquent, l'étude permet d'extraire les connaissances nécessaires à mobiliser pour prendre soin de jeunes enfants confiés :

- **Les approches développementales** (passage d'une approche dimensionnelle à une approche basée sur la trajectoire développementale)

- **L'apport des théories sur les liens interpersonnels** : liens d'attachement, développement en sécurité, compétences et capacités parentales, voir les travaux de Martine Lamour, Emmanuelle Bonneville-Baruchel et Rosa Masacaro.
- **Les apports des neurosciences** dans la compréhension des besoins de l'enfant et de l'impact des traumatismes relationnels précoces : le développement du cerveau est aujourd'hui considéré comme bio-environnemental, voir par exemple les travaux de Boris Cyrulnik ; le développement comprend deux phases critiques à risque : les deux premières années de la vie et l'adolescence
- **La connaissance des signes de souffrance du jeune enfant et de ses réactions à la séparation** : En l'absence de langage oral, c'est par le corps que le petit enfant va exprimer sa souffrance, qui se traduit par des signes et des symptômes divers. Leur forme et leur intensité ne sont pas forcément en rapport avec une gravité des troubles, ni spécifiquement liés à une problématique de trouble des liens précoces, c'est pourquoi une exploration de la situation relationnelle du bébé est nécessaire en vue du diagnostic.

Enfin, les facteurs de protection et de résilience des jeunes enfants sont identifiés comme un champ qui reste à explorer. Par exemple, en identifiant les types de difficultés des familles, on pourrait améliorer les indications de prise en charge. De nombreux travaux évoquent l'impact des traumatismes relationnels précoces qui peut avoir, via une chaîne physiologique, une conséquence sur l'architecture et le fonctionnement du cerveau des jeunes enfants si ces problématiques ne sont pas considérées à temps et générer des effets à long terme.

A partir des visites de dispositifs, certaines pratiques centrées sur les besoins spécifiques du jeune enfant confié (dans le sens de la conférence de consensus : besoins fondamentaux et méta-besoins) ont pu être mises en évidence avec des initiatives et expérimentations inspirantes permettant de faire évoluer les pratiques :

- Veiller et répondre au méta besoin de sécurité du jeune enfant confié
- Veiller et répondre aux besoins affectifs et relationnels par des soins de maternage fiables, prévisibles, cohérents et sécurisants (L'Ermitage)
- Prendre soin du lien et des relations de l'enfant avec ses parents, organisation protocolaire de visites médiatisées (AFT Pré-Médard), séquence d'accueil parents-enfants (Le Fil d'Ariane)
- Prendre soin des parents : dimension d'hospitalité et d'accueil des parents, construction d'une "alliance thérapeutique sécurisante", mise en place dans les services d'accueil de médiation pour travailler la relation avec leurs enfants
- Dimension thérapeutique de la réponse aux besoins fondamentaux spécifiques : un caregiving impliqué - "la fonction observante" de donneurs de soin (voir recherche : Les professionnels face aux modèles d'expression des jeunes enfants confiés, E. Zotian, 2017)

Pour conclure, il est nécessaire d'impulser et rendre possible des pratiques centrées sur les besoins spécifiques du jeune enfant confié en s'appuyant sur :

- La mise en œuvre de politiques volontaristes de reconnaissance des besoins du jeune enfant
- Le soutien au processus interactif de production de connaissance et d'évolution des pratiques
- Le développement de formations incluant une dimension de réflexivité sur l'effet des pratiques sur les jeunes enfants confiés

Échanges avec la salle

Participant : question de la durée des visites, le lien parent-enfant est souvent ramené à une ordonnance, à un jugement, à un droit de visite. Problème d'un droit de visite limité à une fois semaine par manque de moyen. La question du travail sur la durée pour créer ce lien, GEPSO a-t-il travaillé cette question ?

Anne OUI : Renvoi aux travaux du Docteur Nouvel, auditionné dans le cadre de la conférence de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant. Expérience de l'accueil thérapeutique familial qui pratique la visite médiatisée comme un espace thérapeutique de la question du lien entre l'enfant et ses parents est un lieu qui peut aider à réfléchir aux liens, ce qui est possible au niveau des relations et sur le fait de vivre ensemble ou pas.

Participante éducatrice dans un foyer, dans un service d'accueil familial. Enjeu particulier pour un enfant avant 6 ans, placé auprès d'une assistante familiale : Y a-t-il un enjeu plus particulier dans ce type de placement-là avec tout ce que vous avez dit auparavant ? Un enfant donc qui se construit plutôt auprès de sa famille d'accueil que de sa propre famille.

Anne OUI : Un enfant qui grandit tout petit dans une famille d'accueil, mais comme tout enfant, a besoin de réponse à son besoin d'appartenance à une famille et quand on grandit dans une famille d'accueil c'est une question qui va prendre une tonalité particulière puisque cela pourrait être une double appartenance ou bien une appartenance choisie. Besoin d'accompagner l'enfant : cf travail de Catherine Selené, auprès d'enfants qui ont eu cette expérience de grandir en famille d'accueil en étant placés et elle les a interviewés justement sur la question de leur appartenance. Elle a fait une catégorisation parce qu'elle a rencontré plusieurs types de configurations possibles d'enfants qui avaient choisi une double appartenance, il y a des enfants qui cependant ont choisi une famille, la leur, ou la famille d'accueil. Dans les deux cas ce sont des enfants qui vont plutôt bien et le problème vient de ceux qui ne se sentent aucune appartenance, ceux vraiment dans les parcours les plus chaotiques et qui vont donc le moins bien. Il y a cette question-là, très importante pour les enfants, mais qui est aussi importante quand on passe dans un établissement.

Participant : chef de service d'une pouponnière en Normandie. Comment peut-on travailler le sentiment d'appartenance autrement qu'en famille d'accueil, mais dans une pouponnière, sachant qu'on est en plus sur quelque chose d'assez contradictoire aujourd'hui qui est l'accueil d'urgence, qui doit être un accueil normalement provisoire, qui devrait durer 6, 8 mois, 10 mois, le temps d'un travail d'évaluation avant de penser l'orientation d'un tout-petit. Aujourd'hui on se retrouve avec des durées d'accueil, qui peuvent aller jusqu'à 2 ans chez des tout-petits qu'on accueille à la naissance, qu'on va garder deux ans, qu'on va voir se développer, pour lesquels on va travailler très fort tout ce qui est le lien d'attachement justement pour leur permettre d'essayer de s'enraciner quelque part et après ils recommencent ce travail dans une famille d'accueil. Comment est-ce qu'on peut le travailler et comment on accompagne les professionnels dans le quotidien sur ce sentiment d'appartenance tout en sachant que cela doit se terminer, quels sont les axes éducatifs que l'on pourrait mettre en place dans les pouponnières pour pouvoir apporter cela ?

Anne OUI : Dans notre travail, nous n'avons pas recueilli d'éléments que je puisse partager avec vous mais je trouve que c'est une vraie question à ouvrir. Vous l'avez dit, la question c'est peut-être aussi celle de la durée de ces accueils dans des établissements collectifs pour des petits. Dans l'étude d'Elsa Sotian, qui est une étude qualitative, elle est allée voir un accueil familial pour des petits, une pouponnière et une maison d'enfants accueillant des moins de six ans et bien sûr

elle a recueilli des pratiques des professionnels, des pratiques d'écoute de l'expression de l'enfant.

Présentation du projet «My backpack»

Mme Bep VAN SLOTEN : Consultante et formatrice sur le placement familial aux Pays-Bas. Intervenante à l'international. A été famille d'accueil et enseignante en travail social. Conseille certaines ONG sur les politiques et programmes de soutien aux enfants privés de soins parentaux.

Vincent SALOMON : Ex-responsable d'un service de placement familial associatif en région lilloise, ex-président ANPF et APFEL (Association européenne pour la promotion du placement familial).

Présentation du projet MY BACKPACK

Le projet MY BACKPACK est un outil spécifiquement conçu pour prendre en compte l'expression de l'enfant à l'occasion de bouleversements à caractère traumatique. Créé aux Pays-Bas par Mme Bep VAN SLOTEN avec une équipe de psychologues et psychothérapeutes et introduit en France en 2018, MY BACKPACK est un programme conçu pour aider les travailleurs sociaux et les assistants familiaux à parler avec les enfants (entre environ 4 et 12 ans) à propos de leur placement en famille d'accueil. C'est un ensemble d'outils interactifs qui aident l'enfant à donner sens à ce qui lui est arrivé, depuis le moment où il a quitté sa maison jusqu'au moment où il a été placé en famille d'accueil.

Les travailleurs sociaux restent focalisés sur les situations présentes, mais accordent peu d'attention au passé. Ils partent du principe que les enfants sont informés des raisons de leur séparation d'avec leur famille d'origine, ils pensent aussi qu'il ne faut pas trop toucher à ces expériences anciennes et potentiellement traumatiques. Même si les explications avaient été délivrées à l'enfant, elles n'ont pas été entendues ou n'ont pas suffi à répondre aux questions de l'enfant. En conséquence, des années plus tard, il est fréquent que les enfants ne sachent pas pourquoi ils ont été placés hors de leur famille. Or, les thérapeutes ont découvert l'importance de parler du passé pour accepter le placement et la situation du présent. Certains enfants ont arrêté de grandir ou de se développer à cause de cela.

Documentaire sur l'usage de l'outil MY BACKPACK

Le documentaire présente des échanges filmés entre l'adulte et l'enfant, moments de discussion menés au travers de marionnettes manipulées par l'un et l'autre. Les questions posées ne sont plus personnelles entre l'adulte et l'enfant, mais le sont au travers des personnages. L'histoire devient celle d'un petit canard qui quitte la maison de la famille canard et va aller habiter avec les chiens. Au travers ces personnages, c'est leur propre histoire que les enfants évoquent. Les thérapeutes parlent ainsi avec trois des enfants avec qui l'outil a été développé.

Les enfants s'expriment ainsi sur les moments difficiles que représente leur départ du foyer familial. Ils évoquent les difficultés qui existaient dans leur famille, des sentiments qu'ils ont pu éprouver alors (d'incompréhension, de tristesse, de la peur du départ vers une destination et un foyer inconnu...).

Conception théorique de MY BACKPACK

Le placement est une expérience traumatisante pour l'enfant, pour ses parents et pour les professionnels. Parfois dans la précipitation et sans préparation, cela crée du trouble, du chaos de l'incertitude. Et dans cette situation, l'enfant ressent le sentiment de perte de contrôle et d'impuissance. L'enfant n'a pas été consulté, n'a pas demandé et ne comprend pas. La réponse de l'enfant est de fuir, de se bloquer, geler ce qu'il ressent ou de se battre.

Face à l'incompréhension de la situation, les sentiments de sécurité, de prévisibilité, de confiance en soi et stabilité peuvent être remis en cause. Même si les personnes autour de l'enfant peuvent considérer le placement comme une solution pour mettre fin à une situation néfaste pour l'enfant, celui-ci ne le comprend pas. Il a donc besoin de créer sa propre "vérité" à propos de ce qui s'est passé, afin de retrouver un sentiment de maîtrise de la situation. Et il est essentiel de permettre à l'enfant de parler et de l'aider à regagner le contrôle (de lui-même, des autres et de son environnement) et à reprendre le cours de sa vie.

MY BACKPACK peut permettre aux enfants de parler aux travailleurs sociaux de l'accueil familial du placement et ce qui l'a précédé. En leur donnant la parole, en leur offrant soutien et reconnaissance, ils ont la possibilité de dépasser le vécu d'impuissance et les symptômes post-traumatiques peuvent diminuer ou disparaître.

L'outil s'adresse aux enfants assez grands pour pouvoir s'exprimer mais aussi aux très jeunes enfants qui ne disposent pas des capacités verbales pour s'exprimer et pour comprendre ce qui leur arrive. Pour ces derniers, il est également extrêmement important de les aider à trouver des mots en relation avec les affects (négatifs) qu'ils ont pu ressentir.

Développé par des thérapeutes et les enfants eux-mêmes, il est composé de plusieurs outils : un programme informatique interactif de création narrative, des marionnettes, le commencement du livre d'histoire et des cartes d'émotions, le tout dans un sac à dos (le BACKPACK). Le jeu aide l'enfant à identifier et à comprendre différentes émotions en lien avec sa propre histoire. Il permet d'aborder de nouvelles dimensions qui donnent à l'enfant plus de compréhension et un meilleur contrôle sur ce qui lui est arrivé : cela l'aide à reconstruire sa capacité d'agir et construit sa résilience. MY BACKPACK utilise diverses techniques psychothérapeutiques : la thérapie par la mentalisation, la médiation thérapeutique créative et la thérapie narrative. Ces techniques sont expliquées et pratiquées durant la formation.

L'usage de MY BACKPACK repose sur un manuel destiné aux intervenants et familles d'accueil et des formations. En France, l'ANPF a organisé une formation des formateurs.

Utilisation de MY BACK PACK

La tenue d'un premier atelier en sous-groupes avec les enfants permet à ceux-ci de découvrir l'histoire, les outils du pack (les cartes et les marionnettes) mais les aide aussi à comprendre qu'ils ne sont pas seuls à être placés et qu'il y a une multitude de raisons pour lesquelles des enfants doivent parfois quitter leur famille d'origine. Dans cet atelier, les enfants apprennent à raconter une histoire, reçoivent chacun la marionnette du petit canard et sont familiarisés avec le fait que chaque canard a sa propre identité et sa propre histoire. Cette session de groupe prépare le terrain pour la partie individuelle du programme, centrée sur le jeu vidéo en compagnie du travailleur social référent.

Puis à l'occasion de deux entretiens individuels, séparés l'un de l'autre dans le temps, l'enfant construit l'histoire de son propre canard qu'il présentera à l'adulte. Le moment sera alors venu pour l'enfant d'exprimer ses émotions et de poser les questions sur ce qui s'est passé dans sa vie. Ces moments d'échange permettent de faciliter la parole et de créer une atmosphère de travail positive entre l'adulte et l'enfant. Par la suite, au-delà de ces étapes proposées par le programme MY BACKPACK, la marionnette du canard pourra continuer à être un outil de médiation.

Echanges avec la salle

Marion Le TEXIER : Les dernières études montrent que la mémoire des enfants est assez suggestible, on peut influencer leurs souvenirs parfois par maladresse et ils peuvent créer des faux souvenirs. Je me demandais donc, comment en travaillant sur la mémoire, est ce que vous vous assurez de ne pas modifier leur perception de ce qu'il a pu se passer ?

Vincent SALOMON: Ce n'est pas tellement un exercice de remémoration, c'est plutôt donner la possibilité à un enfant d'inventer une histoire proche de ce qu'il a vécu selon lui ou plutôt éloignée ou inventée. Bep indiquait que les explications données à l'enfant placé n'étaient pas comprises. On revient à l'hypothèse thérapeutique de pouvoir mettre en route l'initiative de l'enfant, de trouver un espace où pouvoir développer quelque chose qui lui appartient. Concernant l'intervention des professionnels, la question du rapport à la vérité a souvent été abordée durant les formations. L'idée de MY BACKPACK est de ne pas interférer, l'adulte n'a pas à intervenir. Il n'a pas à corriger l'histoire.

Autre question : En admettant que l'on n'intervienne pas et que l'on applique la méthode, l'enfant lorsqu'il raconte son histoire peut ajouter de nouveaux éléments plus sombres ou qui pourraient poser des questions ensuite en réunion pluridisciplinaire. Que fait-on de ces nouvelles choses ? On tient l'objectif du BACKPACK, on ne va pas plus loin ou l'on tient compte de ces nouveaux éléments, des violences par exemple qui ne sont pas encore dans le dossier ? D'un point de vue éthique, tient-on la promesse du BACKPACK ?

Bep VAN SLOTEN: Comme nous l'avons vu dans les vidéos, le professionnel ne va poser que des questions, il ne commente pas. Il ne fait que répéter ce que l'enfant dit. C'est le plus important. Dans le second entretien, le professionnel peut reprendre l'histoire du "canard" avec l'enfant pour aborder la réalité mais pas lors du "jeu".

Vincent SALOMON: Quand j'ai découvert le programme, je me doutais bien qu'on soulevait une forme de tabou. Si on reste dans le tabou, c'est à dire "ça c'est du rôle du thérapeute", on ne va pas toucher aux traumatismes, cela peut être respectable. Le problème c'est que pour l'enfant ça ne fait pas avancer les choses et souvent l'enfant reste avec son "paquet" pendant un certain temps sans pouvoir élaborer les choses s'il n'en a pas l'opportunité. Là ce qui est innovant dans le programme c'est que ce n'est pas un programme thérapeutique mais ça ouvre la possibilité d'ouvrir un espace d'expression qui offre à l'enfant l'opportunité de banaliser son placement car il voit qu'il y a d'autres enfants qui sont placés et il imagine quelque chose où il aurait des choses à dire.

Vincent SALOMON: Pour mettre en place cette méthode-là, il faut une forme de consensus d'équipe parce qu'ensuite il faut pouvoir contenir tout cela et s'en servir. Les effets font aussi que chacun de sa place peut apporter des réponses et mesurer l'impact de l'ouverture qui a été apporté. Cette formation se fait sous forme didactique au départ et ensuite sous une forme de mise en place dans les services avec un retour comme une supervision en quelque sorte.

Du bébé observé au bébé soigné : la place de l'empathie

Pr. Bernard GOLSE - Pédopsychiatre-Psychanalyste ; professeur émérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes

M. DAVID, dans le film de B. MARTINO *Lòczy, Une maison pour grandir*, rappelait que l'observation est absolument l'outil central pour tous les professionnels de la petite enfance et ajoutait qu'elle est aussi importante que l'écoute pour les psychanalystes. D'ailleurs, l'observation ne passe pas que par le visuel, elle passe également par l'audition. L'observation n'est pas seulement un outil, c'est un soin. Le fait d'observer le bébé est déjà une forme de soin qu'on lui apporte. Aucun bébé ne peut se développer correctement sans qu'on ne l'observe. Cela est lié à la néoténie humaine. Le bébé humain naît plus inachevé que tous les autres bébés des espèces mammifères. Le bébé a absolument besoin d'un adulte qui prenne soin de lui, d'un autre secourable, d'un « care giver ».

Quelles sont les conditions nécessaires pour que l'observation, l'empathie et le soin puissent se mettre en œuvre correctement ? Cela pose la question préliminaire de savoir pourquoi, nous travaillons avec les bébés alors que c'est un métier extrêmement difficile, qui exige une formation rigoureuse et que, dans notre pays, les professions de la petite enfance sont souvent mal valorisées. Nous sommes tous habités par l'idée que les bébés devraient pouvoir se développer dans des conditions paisibles, or ce n'est pas toujours le cas dans nos institutions. Dans aucune institution le calme absolu n'est possible. Face à ces ambiances institutionnelles, parfois difficiles, il est important de ménager du temps de réflexion institutionnelle. Les observations recueillies par les professionnels de terrain doivent faire l'objet d'une analyse et d'un travail avec des personnes un peu plus à distance ; mon modèle à ce sujet serait l'organisation des pouponnières à l'institut Pikler Lòczy situé à Budapest.

Dans la perspective freudienne, le terme d'empathie correspond à la traduction du terme d'« Einfühlung », qui signifie ressentir, qui s'oppose à celui d'« Einsicht » (« insight » en anglais ou « introspection » en français). Autrement dit, il s'agit d'opposer le « voir-au-dedans » de l'introspection au « sentir-au-dedans » de l'empathie, ce qui réfère bien celle-ci au registre de l'émotionnel. R. DORON définissait l'empathie comme « l'intuition de ce qu'il se passe dans l'autre », le bébé n'ayant pas la parole pour nous dire ce qu'il se ressent, nous sommes obligés de nous identifier à lui, de se mettre dans son regard, dans sa peau et d'avoir l'intuition de ce qu'il se passe dans l'autre. Dans l'observation du bébé on fonctionne bien plus en termes d'empathie qu'en termes de contre-transfert.

Aujourd'hui l'empathie est mieux comprise d'un point de vue neurophysiologique, en particulier avec le concept des neurones miroirs qui se mettent notamment en fonctionnement lorsqu'on regarde un bébé. G. RIZZOLATTI a découvert ce concept et a démontré que lorsqu'on regarde quelqu'un faire un geste, dans notre cerveau la même zone motrice que le personnage qui agit travaille mais en miniature. Ainsi, lorsqu'on observe un bébé nous avons les mêmes zones cérébrales qui s'activent que les siennes, mais de façon miniature, et ça participe de l'empathie.

L'observation doit être :

- **empathique**,
- **historisante**, afin de comprendre comment ce que l'on observe à l'instant T s'est inscrit dans l'histoire de l'enfant.

- **transdisciplinaire**, dans les institutions il est intéressant que chaque profession engagée auprès du bébé puisse apporter son ressenti car chacun a sa propre façon de ressentir les choses.
- **transculturelle** car se mettre dans la tête d'un bébé c'est entrer dans une autre culture.

Dans ce cadre, certains outils actuels ont évolué pour être des outils plus empathiques, tels que l'échelle de BRAZELTON (*NBAS*), puisque dans ses dernières versions ont été ajoutées quelques questions relatives au ressenti de l'évaluateur sur la facilité d'entrer en contact avec le bébé par exemple. Cette question de l'empathie pénètre donc peu à peu dans les outils.

Chez le bébé carencé il y a de grands items auxquels il est important d'être attentif mais qu'il n'est vraiment possible de repérer que si l'on est soi-même disponible. Certains bébés carencés ont également des ralentissements psychomoteurs ou des troubles fonctionnels tels que des troubles de l'appétit, du sommeil etc. Dans cette hypothèse l'observation seule ne suffit pas, celle-ci doit être empathique. Alors, comment déterminer si ces troubles observés sont des signaux d'alarme ou des signes d'épuisement du bébé qui lâche et qui renonce ? Cela est ressenti en moi.

La méthodologie des bébés selon la méthode d'E. BICK, initialement développée dans un but de formation. Initialement, elle avait pensé l'observation comme un moyen de formation. Puis, elle s'est aperçue que les bébés observés étaient des bébés qui allaient souvent très bien. L'observation rejoint le soin.

Échanges avec la salle :

L'un des modèles d'observation est celui de l'institut Pikler Lòczy. Il y a trois niveaux de récit avec les bébés, pour aider les bébés à construire leur narrativité, et pour aboutir à une histoire qui donne une cohérence à ce qu'il se passe aujourd'hui. [...]

- Le premier niveau : ce que l'enfant raconte lui-même, par son comportement, par sa gestique, par ses images motrices, par ses regards. Son corps raconte des choses, même s'il n'a pas encore un soi-verbal qui lui permet de mettre ça en mot ce que D. STERN a beaucoup travaillé dans son livre *Le journal d'un bébé.*
- Le deuxième niveau : l'auxiliaire, « la nurse de référence », qui va rassembler tout ça dans un journal de développement de l'enfant pour mettre chaque jour en mot et en lien un certain nombre de choses qui se sont passés pour lui.
- Le troisième niveau, une pédagogue, ce qui n'est pas très développé en France, qui vient toutes les deux ou trois semaines travailler le journal de l'enfant qui a été écrit par la nurse référente.

Ces trois niveaux de développement qui s'enracinent dans l'observation c'est comme ça que se construit la narrativité des enfants qui est une co-construction interactive avec les adultes qui s'occupent des enfants.

ANNEXE : ETUDE DE CAS

Observer, Voir, Comprendre : l'essentiel est-il visible pour les yeux ?

Dr. Agnès MUET - Médecin référente enfants à besoins spécifiques / CDEF 44

Dr Daniel ROUSSEAU - Pédopsychiatre, coordinateur du Programme PEGASE

Virginie MARCHAND - Psychologies au Foyer de l'enfance du Maine-et-Loire et équipe PEGASE

Gaëtan BRAULT - Psychologue à la CEMMA54 (Cellule Enfance Meurthe-et-Moselle Accuei)

Mise en scène d'une réunion de synthèse sur la situation d'un bébé, Lila. Cette mise en scène permet de mettre en évidence les éléments à observer chez un bébé et les bienfaits d'un travail mis en place par les équipes en pouponnière puis en famille d'accueil. Cette mise en scène met aussi en avant l'importance du travail et de reconnaissance des mères de leurs limites et besoins.

5 participants :

- Chef de service de la pouponnière
- Psychologue de l'équipe
- Pédo-psychiatre de service
- Pédiatre

Accueil de Lila à la pouponnière :

Nous venons d'être informés de l'accueil d'un petit bébé de 4 mois ½. Elle s'appelle Lila elle arrivera en fin de journée dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire.

Tout ce que nous savons c'est qu'elle est accueillie depuis 2 jours à l'hôpital avec sa mère. Cette dernière a été retrouvée inanimée au domicile d'un ami en présence de Lila suite à un malaise après une forte alcoolisation et prise de toxiques. Nous ne savons pas combien de temps Lila est restée près de sa mère. Les professionnels qui ont suivi la situation décrivent une petite fille au corps « disproportionné » (un grand buste, de petites jambes et une tête déformée). Nous ne savons pas à quoi nous attendre !

C'est le cœur de l'activité de la pouponnière sociale. Elle fonctionne comme un service de soins intensifs, elle accueille en urgence des enfants qui ont besoin d'une réanimation approfondie.

Le temps de l'admission :

Lila est accompagnée par les professionnels de l'unité d'accueil sans délai qui sont allés la chercher à l'hôpital. Lorsque l'auxiliaire se présente à elle, Lila détourne dans un premier temps le regard puis accroche le regard. Elle sourit, jase et répond aux sollicitations verbales. Lorsque l'auxiliaire la prend dans les bras elle se raidit, puis la regarde de nouveau. Elle prend le temps d'observer partout autour d'elle.

Lila est une petite fille aux yeux bleus et aux cheveux blonds. Physiquement, son crâne est déformé avec un plat de la tête du côté gauche, ses oreilles sont décollées sous l'effet de cette déformation. Son corps est disharmonieux (une grosse tête, un haut du corps charnu et de petites jambes).

La pédiatre précise que la déformation de la boîte crânienne est assez fréquente, mais lorsqu'elle décolle les oreilles, la déformation est massive. Il peut y avoir 2 causes : les enfants laissés trop longtemps dans leur lit et les enfants hypotoniques qui se sont plaqués contre le plan du matelas ou une combinaison des deux.

C'est une petite fille très éveillée qui sourit facilement. Sur le tapis, Lila observe et ne dit rien. Elle tourne difficilement sa tête à droite. Elle finit par se manifester en râlant au bout de $\frac{3}{4}$ d'heure. Lorsque l'adulte joue avec elle, Lila se met à rire aux éclats, elle recommence à plusieurs reprises et semble chercher cela. Quand l'adulte s'éloigne pour s'occuper d'un autre enfant, Lila pleure. Elle cesse dès qu'on s'adresse à elle. bercée dans le landau elle s'accroche à son doudou et suce son pouce.

Le pédopsychiatre indique que lorsqu'un enfant qui pleure lorsqu'on se détourne de lui, c'est déjà un signe d'hospitalisme, décrit par le psychiatre américain Spitz. Les enfants se laissent mourir lorsqu'ils sont en déperdition affective, à la rupture du lien avec la mère. [...]

Sur la table de change, Lila se montre détendue. Sur le ventre Lila prend appui sur ses avant-bras mais elle peine à tenir sa tête relevée, cette dernière semble lourde.

Le biberon du soir est un moment apaisé, Lila est détendue, ses mains sont bien ouvertes, elle regarde l'auxiliaire et boit bien en un peu plus de 10 minutes. Elle présente deux régurgitations en fin de repas.

Lila est présentée à l'auxiliaire de nuit. Cette dernière la couche, elle grogne un peu et s'endort au bout de 10 minutes. Lila se réveille en silence lorsque les deux autres bébés sont couchés à leur tour. Elle finira par se rendormir et faire une très bonne nuit.

Observations de Lila sur le premier mois d'accueil (réunion pluridisciplinaire):

Le jugement a été acté, Lila est confiée à l'Aide Sociale à l'Enfance pour une durée de 6 mois.

Lila est une petite fille qui sait attirer l'attention de l'adulte par des « Arreuh » ou par le regard. Elle se montre charmeuse et souriante. Elle aime être prise dans les bras et être câlinée. Le plus souvent Lila est bien en interaction quand on la sollicite, son regard peut être profond. Toutefois, quand elle n'est pas disponible, elle peut détourner le regard ou présenter un regard traversant.

Avec les autres enfants de son lieu de vie, Lila se montre souriante lorsque l'un d'entre eux s'approche d'elle et lui parle. Elle ne montre pas d'appréhension particulière aux bruits ambiants du groupe.

Autour de l'alimentation, Lila présente toujours des régurgitations plus ou moins importantes. Dans la prise de ses biberons elle n'est pas constante, elle peut bien boire comme faire des restes. Elle peut se montrer bien en relation comme elle peut également secouer sa tête

dans tous les sens, détourner le regard ou encore se mettre à rire aux éclats sans raison particulière.

Ce manque de constance a également été relevé dans d'autres temps du quotidien. Pour exemple, si son sommeil est réparateur, son endormissement peut être parfois long et difficile. Lila peut pleurer fortement et ne pas lâcher prise. Elle semble lutter contre le sommeil et finit par s'endormir d'épuisement. Ses difficultés sont surtout relevées sur les temps de sieste de fin de journée. Lila semble difficilement supporter de quitter la vie du groupe pour se reposer.

Interrogation sur les difficultés d'endormissement en fin de journée, où la fatigue s'accumule. Que peut-on en comprendre sur ses besoins ? Dans sa toute-puissance à l'adulte, elle s'oppose à l'adulte, elle résiste au sommeil ? A-t-elle besoin de limite éducative, dans un cadre contenant ? A-t-elle besoin de bénéficier d'une autorité responsable et protectrice, car elle n'aurait pas eu de rythme régulier dans ses premiers mois ? Faut-il prioriser son besoin physiologique de sommeil ou faut-il comprendre un autre besoin, comme celui de la sécurité ? Selon l'angle sous lequel on regarde Lila, que voit-on ?

Attention au risque de dissociation pour les professionnels, car Lila est dissociée, sûrement à cause d'un environnement dissocié. Il faut englober Lila et les équipes, ainsi que les faire travailler ensemble pour éviter la dissociation.

Dans les temps de soins, Lila ne supporte pas d'être contrainte. L'habillage lui est insupportable. Rapidement les professionnels doivent ajuster sa vêtue avec l'usage de vêtements souples et confortables. Elle ne supporte pas les lavages de nez et se débat. Lila se montre également très réactive au toucher. Le moindre effleurement lui provoque des éclats de rire.

L'hypersensibilité au toucher de sa peau est intéressante. C'est comme si son cerveau avait mal étiqueté les gestes qu'elle avait reçus, comme si le moindre contact physique dépassait ses capacités d'intégration avec des réactions disproportionnées. Cela ressemble à une hypersensorialité qui est très inconfortable sur le plan émotionnel pour elle d'abord et pour les adultes qui ont besoin de la toucher le plus délicatement possible. Lila donne l'impression d'être une écorchée vive. On a l'impression qu'on l'a touchée sans la prévenir ni lui parler. Il y a des trous dans son langage. C'est comme si on lui avait dit 3-4 mots, et donc nous allons devoir lui en dire 100 000 pour réparer ce manque de mots pendant ces premiers mois de sa vie.

Sur le plan moteur, Lila ne se retourne pas encore sur le ventre. Elle essaie de se tourner sur le côté. Il est nécessaire de stimuler Lila car elle a tendance à méconnaître son côté droit. Sur le tapis d'éveil, elle peut relever ses jambes mais toujours en bloc. Lorsqu'elle est mise sur le ventre elle relève sa tête mais cette dernière est lourde et elle peine à la maintenir. Elle porte des hochets à sa bouche et les regarde.

Pourtant à 5 mois, on s'attend à ce qu'elle replie ses jambes sur le bassin, qu'elle pose sa main sur ses genoux, qu'elle regarde ses pieds, qu'elle frotte ses plantes de pieds l'une contre l'autre. On a l'impression qu'il lui manque des pièces du puzzle de son schéma corporel. Alors qu'elle a bien acquis la coordination oculo-motrice pour suivre un objet et l'attraper par exemple, mais ses jambes non. Les enfants qui ont grandi dans des environnements carenciels ont souvent une absence de conscience du bas du corps.

Comment prendre soin des équipes ? En protection de l'enfance, c'est un membre qui prend soin de l'enfant. L'équipe doit prendre soin de ce membre et l'institution doit être bienveillante par

rapport à cette équipe pour lui donner la liberté d'exercer ses fonctions et ses tâches sans avoir d'autres soucis que celui de prendre soin de l'enfant. Cela s'appelle la préoccupation professionnelle primaire. L'enfant prime et donc toute l'institution doit organiser et penser cette préoccupation dans la hiérarchie fonctionnelle.

Un bébé a besoin d'espace-temps et d'articulation, une équipe aussi. La réunion pluriprofessionnelle est très importante et vitale et doit être suffisamment fréquente. Les articulations, comme les passerelles entre les institutions doivent être renforcées pour éviter que les professionnels soient dispersés.

Dans une famille ordinaire, les parents parlent de l'enfant tous les soirs. L'enfant est toujours intégré dans cette histoire. L'enfant doit savoir qu'on pense à lui, qu'on pense pour lui et qu'on l'intègre dans la vie. Dans une institution, l'enfant doit savoir qu'on parle de lui aussi, qu'il y a des lieux pour cela et qu'il est intégré dans une pensée collective et construite.

Sur le plan de la santé, Lila est arrivée à la pouponnière avec un rhume qui s'est rapidement dégradé en bronchiolite. Un suivi en kinésithérapie motrice a été mis en place à raison de 3 séances par semaine pour la soutenir sur le plan moteur. Elle est également vue par un chirurgien orthopédiste dans le cadre de sa plagiocéphalie. Ce dernier envisage le port d'un casque pour corriger la déformation du crâne.

Pour conclure : Au terme d'un mois d'accueil, Lila apparaît comme un bébé facile à vivre, qui pose peu de difficultés dans le quotidien car ses besoins sont facilement identifiables. Elle sait susciter l'empathie des adultes et amorce un lien différencié.

Lila présente des signes d'un retard tant en motricité globale, qu'en motricité fine. Malgré cela, c'est une petite fille volontaire qui se saisit des séances de kinésithérapie et fait chaque jour des petits progrès.

Graphique programme Pégase : échelle de développement psychomoteur et développement socio-émotionnel.

=> *retard massif de la motricité globale et de la motricité fine*

Certains de ses comportements interpellent l'équipe, notamment son manque de constance et son hyperexcitabilité. Afin de soutenir Lila dans son développement psycho-affectif nous allons solliciter l'unité de soins pour les bébés du service de pédopsychiatrie. L'éducatrice de jeunes enfants du jardin d'enfants de l'établissement a été sollicitée pour offrir des temps de portage accompagnés de berceuse chaque matin. Les stimulations dans son quotidien sont limitées et une référente est mise en place dans sa prise en charge afin de limiter là aussi les adultes qui prennent soin d'elle.

Dans quelques jours nous avons rendez-vous avec les professionnels qui ont effectué le placement, nous en apprendront davantage sur l'histoire de Lila et la situation de ses parents. D'autant plus que depuis son admission le père de Lila est injoignable et n'a pas pris de nouvelles de sa fille. Quant à sa mère, elle est venue la voir une fois. Après 1h de retard, la visite a dû être écourtée face à la fatigue de Lila. Cette visite n'a duré qu'un quart d'heure. La fois suivante, la visite est annulée, Mme M étant hospitalisée en addictologie.

Histoire de Lila et de sa famille :

Mme M est une jeune femme de 19 ans. Elle présente depuis son adolescence une dépendance à l'alcool et aux toxiques. Durant son enfance, elle dit avoir été témoin de la violence conjugale de ses propres parents. Ces derniers divorcent alors qu'elle est âgée de 14 ans, c'est à cette période qu'elle commence à consommer régulièrement de l'alcool.

Le couple se rencontre lors d'une fête organisée par la mère de Mme M. Très rapidement la violence s'installe dans leur relation. Mme M décrit M. B comme violent physiquement et verbalement et présentant des épisodes d'alcoolisation. De l'histoire de M. B nous ne savons que peu de chose (ce dernier n'ayant pas répondu aux sollicitations des travailleurs sociaux lors de l'évaluation).

Mme M se retrouve rapidement enceinte. C'est une grossesse non désirée et peu suivie jusqu'au 7^{ème} mois où elle intègre finalement un suivi avec les professionnels de la PMI (sage-femme et assistante sociale).

Déni de grossesse : 20% des situations accueillies en pouponnières. Ce sont les enfants qui évoluent le plus difficilement. Mise en place à la pouponnière de tout un programme pour ces bébés : portage en écharpe, cocooning et couchage particulier. Grossesse psychologique pour autrui (GPPA). Les bébés ont besoin de généralement 9 mois pour redémarrer dans la vie.

Concernant son addiction, Mme M dit avoir pris de la cocaïne une fois alors qu'elle était enceinte de 2 mois, et avoir arrêté toute consommation d'alcool quand elle a découvert sa grossesse au 4^{ème} mois. Elle évoque également à minima des insultes de la part de M. B durant sa grossesse.

Lila est née à termes à 37SA. Au regard de la situation, elle est accueillie 10 jours en service de néonatalogie pour surveillance d'un éventuel syndrome de sevrage. Les résultats de l'échelle de Finnegan se sont avérés négatifs.

Echelle de Finnegan : score qui évalue le sevrage aux opioïdes. Une vingtaine d'items sur les effets du sevrage sur le système nerveux central, sur le registre végétatif, sur le tonus et la digestion. La cotation est répétée toutes les 3-4 heures.

Interrogation sur la sortie de Lila de la maternité. Les résultats de l'échelle de Finnegan sont négatifs, pourtant on sait que la mère est fragile, qu'elle a fait un déni de grossesse et où l'on craint un accouchement sous un état toxique. Il n'y a pas eu d'observations de l'état psychique de la mère, ni de l'interaction mère-enfant à la néonatalogie. Aucun signalement n'est effectué.

Le temps de la première alerte :

De retour au domicile, Lila est suivie par les professionnels de la PMI. M. B se montre absent étant donné son travail et peu soutenant auprès de sa compagne dans la prise en charge de leur bébé. Mme se sent épuisée. A la demande de monsieur, Mme M est hébergée avec Lila chez ses beaux-parents. Lila est alors âgée de 1 mois ½.

Deux jours après ce déménagement, Mme M est hospitalisée en urgence pour un syndrome de manque de drogue. Lila est prise en charge par ses grands-parents paternels. Une première information préoccupante est transmise.

Les professionnels décrivent Lila comme un bébé au développement harmonieux. Mme M se montre attentive aux besoins de sa fille avec des gestes affectueux, un portage adapté et

une parole sécurisante. Toutefois il est noté que son état de manque et sa dépendance aux toxiques entravent sa posture maternelle. Mme présente des variations émotionnelles, ainsi elle peut passer d'un état heureux à malheureux sans facteurs extérieurs perceptibles. Il est également noté que Mme apparaît sous l'emprise de M. et subirait de la violence.

Lorsqu'on lit ce rapport, on voit qu'il est écrit par une ou deux personnes, et non par une équipe. Une équipe aurait posé le pour et le contre et n'aurait pas transmis quelque chose d'idéalisé. Il y a une solitude des professionnels. Il y a une puéricultrice de PMI et une assistante sociale. La médecin de PMI et le psychologue n'interviennent pas.

Il n'a pas été mesuré la gravité de la variabilité émotionnelle de la mère. Pourtant les neurosciences disent bien qu'un bébé a besoin de séquences et d'interactions relationnelles, qui se répètent à l'identique pour pouvoir engranger dans son cerveau cette expérience et constituer son propre répertoire émotionnel.

M. B est décrit comme « nerveux et impulsif ». Il se montre toutefois coopérant et attentif aux besoins de sa fille.

Concernant la famille élargie, la grand-mère paternelle est repérée comme étant une personne ressource. Elle se montre attentive aux besoins de Lila. Elle peut porter des propos dénigrants à l'égard de la famille de Mme M. Elle minimise également la violence portée par son fils à l'encontre de sa belle-fille.

Quant à la grand-mère maternelle, elle est décrite par Mme M. comme une personne ressource pourtant cette dernière ne sollicite pas le corps médical lorsque sa fille est en état de manque et ne sera pas soutenante plus tard dans la prise en charge de sa petite fille.

Mme M semble finalement très seule et peu soutenue par son entourage. Au regard des éléments recueillis les professionnels sollicitent la poursuite de l'évaluation.

Déclenchement de l'OPP :

Trois mois après la première alerte, une nouvelle note est transmise par l'assistante sociale et la puéricultrice qui ont la charge du suivi. Lila est alors âgée de 4 mois. Il est relevé des carences dans la prise en charge de Lila par sa mère. Cette dernière est en difficultés pour prendre en compte les besoins primaires de son bébé tant sur le plan de l'alimentation, de l'habillement, des soins ou de l'éveil.

Mme M. s'alcoolise régulièrement pour palier à son manque de drogue. Elle bénéficie d'un accompagnement en addictologie tous les 15 jours et par un psychologue toutes les semaines. Elle évoque également les alcoolisations régulières de M. B. et nomme la violence physique de M. à son égard lorsqu'il est ivre, et ce en présence de Lila. Il peut également être violent verbalement envers sa fille sans être alcoolisé.

Un enfant témoin de la violence de ses parents en est directement victime. Les dégâts dans les cerveaux de ces jeunes enfants sont importants. Ils sont notamment dus aux décharges de cortisol à répétition, qui impactent à long terme la gestion émotionnelle, les apprentissages, la gestion comportementale et l'impulsivité.

Les professionnels peuvent dire que M. ne prend pas en charge les soins de Lila et n'aide pas Mme malgré ses demandes.

Concernant la famille élargie, la grand-mère paternelle est décrite comme omniprésente auprès de Lila et laissant peu de place à sa belle-fille. Mme M se retrouve fragilisée dans son rôle de mère. Elle peut également s'immiscer dans les conversations lors de l'évaluation. Les conseils qu'elle prodigue à sa belle-fille autour de la prise en charge de Lila sont inadaptés. Ainsi, elle peut lui dire de retirer les bodys sous le pyjama, de mettre Lila devant la télévision pour l'occuper, ou encore de surchauffer le logement. Quant à la grand-mère maternelle, elle peut à son tour donner des conseils inadaptés autour de l'alimentation notamment, comme de donner un biberon composé d'un mélange d'eau, de purée et de poudre de lait.

Lors d'un entretien avec l'assistante sociale, Mme évoque des menaces de suicides liées à son épuisement et à une dispute avec M. B. La professionnelle encourage Mme à porter plainte contre M. pour menaces de violence à son égard. Ce qu'elle fera.

Qui écoute cette professionnelle, qui écoute la mère ? L'assistante sociale récolte cette douleur maternelle.

Quelques jours après cet entretien, Mme M. contacte l'assistante sociale en pleurs et menace de se suicider suite au harcèlement de son compagnon. Elle est actuellement hébergée chez un ami avec Lila. L'assistante sociale se rend au domicile et trouve Mme M. allongée presque inerte avec à ses côtés la petite Lila. Mme est hospitalisée aux urgences et Lila en pédiatrie. Des mots sont mis auprès de Lila sur la situation par l'assistante sociale.

Durant les deux semaines qui ont précédé cette hospitalisation, Mme a quitté le domicile de ses beaux-parents pour se réfugier chez 4 personnes différentes. Elle dit avoir quitté ces lieux car ils étaient inadaptés pour elle et pour Lila et ajoute avoir remarqué que sa petite fille souriait moins ces derniers temps.

Nombre d'hébergements successifs bien trop nombreux !

Mère déprimée = bébé déprimé

Assistante sociale dans un état de douleur. Quelle équipe autour d'elle ?

Faisons un saut dans le temps, Lila est âgée de 1 an :

Nous venons tout juste de sortir du confinement. Après un mois et demi de vie presque à huit clos, la vie reprend son cours à la pouponnière.

Lila a de nouveau des visites avec ses parents, les temps d'observations avec la pédopsychiatrie reprennent et les rendez-vous vont s'enchaîner. Lila est accueillie à la pouponnière depuis maintenant 8 mois. Elle continue de s'éveiller et de montrer une belle évolution sur le plan moteur et intellectuel, malgré des tensions toujours présentes.

Alimentation : Lila est très souvent happée par tout ce qui se passe autour d'elle, il est parfois difficile de capter son attention, car elle tourne la tête dans tous les sens. Les temps de repas en individuel lui sont plus profitables, Lila se montre plus attentive à ce qui se passe pour elle. Se nourrir n'est pas toujours une préoccupation pour Lila, elle peut ne pas réclamer ses repas. Et c'est finalement le déroulé de journée qui fait rythme et repère pour elle.

Il est intéressant de noter que c'est le cadre de déroulement de journée, répétitif et monotone qui est source de bien-être pour Lila et qui structure son quotidien.

Sommeil : Après une période où elle a pu manifester son mécontentement au moment du coucher, elle retrouve désormais son lit et son doudou avec plaisir. Elle n'a plus besoin d'autant de temps de sommeil et ses plages d'éveil sont de plus en plus longues. Toutefois, Lila a encore besoin d'être recouchée en fin de matinée ou en fin d'après-midi. Elle profite de ces temps comme d'un temps calme, elle s'y repose, joue avec son doudou à l'écart de l'agitation du groupe. Son sommeil est de qualité et réparateur. Elle sait appeler lorsqu'elle est réveillée.

Temps de soins : Lila se montre plus détendue lors des temps de soins. A force de verbalisation, Lila arrive à anticiper les gestes des auxiliaires lors de l'habillage ou des soins du visage qui lui étaient insupportables. Elle ne présente plus d'appréhension et profite pleinement de ces temps en individuel, les échanges sont de qualité sur ces temps. Lila se montre moins parasitée lorsqu'elle est seule avec l'adulte.

Le travail de réparation commence à s'opérer. Les routines lui permettent d'anticiper le caractère prévisible de ce qui vient après. C'est une source de sécurité pour elle et qui lui permet de tolérer quelque chose qui lui était intolérable. On observe l'effet cicatrisant des soins par les gestes et la parole.

Santé : Lila bénéficie toujours d'un traitement de fond pour ses bronchiolites à répétition. Ses régurgitations se sont apaisées depuis le passage à une alimentation plus solide. Lila montre des courbes de développement poids/taille harmonieuses.

Elle n'a plus de prise en charge kiné et ne porte plus son casque pour corriger sa plagiocéphalie. Au grand étonnement de l'équipe et de la prothésiste, Lila aura finalement gardé son casque un peu plus d'un mois. Les résultats ont été très bénéfiques et très rapide. Lila s'est montrée volontaire et courageuse lors de ce traitement, car la contrainte imposée par le casque n'a pas toujours été facile à vivre pour elle.

Comment a-t-elle fait pour récupérer si rapidement ? Il n'y a pas de réponse scientifique, mais ce n'est pas un cas unique. Les déformations et blocages de développement dans des contextes carenciels ont parfois des résolutions extrêmes rapides, ce qui démontre qu'il n'y avait pas de causes organiques. Les résolutions sont régulièrement plus rapides dans ce cadre-là lorsque les soins sont apportés de manière adéquate.

Lors de notre dernière réunion d'équipe, nous avons évoqué des tremblements des membres supérieurs chez Lila. Depuis quelques temps, ces tremblements sont accompagnés d'absences et de révulsions oculaires (ceci à 3 reprises). Ces observations ont été faites lors de temps de change ou de repas. Dans ces moments-là, Lila semble mettre du temps à revenir dans la relation. Un tableau de surveillance a été mis en place pour suivre l'évolution de ces épisodes et un avis neurologique sera sollicité si besoin.

Communication : Lila présente de bonnes compétences et depuis son admission elle est restée constante dans ce domaine. Ainsi, aujourd'hui elle est en mesure de répéter des suites de sons et même de répéter quelques petits mots. Elle sait répondre à des consignes simples (viens ici, donne-moi ça). Elle dit au revoir de la main, fait les marionnettes ou encore « bravo ». Elle sait aussi se faire comprendre en pointant du doigt.

Motricité : c'est dans ce domaine que Lila montre le plus de difficultés. Malgré une évolution constante et à son rythme, Lila reste en décalage par rapport aux attendus de son âge. A ce stade, il est attendu qu'elle puisse gagner en tonus, notamment au niveau du bas du corps et accéder tout doucement à la marche. Il y a encore deux mois Lila méconnaissait le bas de son

corps. Depuis elle rampe, sait s'asseoir seule et se met en position quatre pattes. Elle commence tout juste à se mettre debout avec appui.

Les étapes qui ont été ratées dans l'intégration du schéma corporel se rattrapent secondairement selon les priorités pour Lila. En cohérence avec la théorie de l'attachement, l'exploration n'est accessible à l'enfant que s'il est suffisamment sécurisé. Dans l'ordre, il faut sécuriser Lila, de lui construire une enveloppe corporelle sécurisée avant qu'elle puisse explorer son propre corps et son environnement. La sécurité c'est la clé de l'exploration et la consolidation d'une enveloppe stable et continue précédant l'accès à la connaissance de son propre corps.

Sur le plan de la motricité fine, Lila a fait de nombreux progrès qui restent à soutenir. Ainsi, elle a accès à la pince fine et peut attraper de petits objets. Elle ne sait pas encore lancer une balle en levant son bras ou encore tourner les pages d'un livre.

L'éveil : Lila explore de plus en plus son environnement et sait se montrer curieuse de ce qui l'entoure. Ainsi, elle peut attraper un petit objet caché dans une bouteille ou sous un tissu. Laisser une trace à l'aide d'un crayon par imitation.

Relationnel : Depuis que Lila a gagné en autonomie pour se déplacer, elle se montre plus constante dans ses comportements. Désormais elle vit sa vie, joue avec plaisir et fait des allers retours vers l'adulte.

Schéma en forme de marguerite

Au tout début : Enfant = care taker = celui qui reçoit les soins. Il est entouré de care giver = ceux qui apportent les soins. L'enfant (care taker) est au centre de l'attention maternelle. Le care giver tourne autour de l'enfant jusqu'à 8-10 mois. Il s'en va et revient à l'enfant. Quand l'enfant commence à prendre de l'autonomie physique et psychique, le système s'inverse. Le care giver devient la base de sécurité et il est au centre. C'est l'enfant qui s'en va et qui revient. Le care giver intervient par la voix ou le regard auprès de l'enfant. Un lien éducatif se crée.

C'est une petite fille déterminée et qui sait ce qu'elle veut. Elle ne supporte pas que l'adulte ne réponde pas dans l'instant à ses demandes et peut se montrer « jalouse » lorsque l'on s'occupe d'un autre bébé de l'unité. Elle est en quête d'exclusivité et peut se montrer exigeante. Elle peut ainsi crier fortement sur l'adulte. Lila a besoin d'un cadre et l'intervention d'une tierce personne est parfois nécessaire. Son comportement est variable en fonction des adultes qui prennent soin d'elle.

Sur le plan émotionnel et psychique : Elle peut manifester de fortes colères avec des pleurs et cris disproportionnés parfois sans raison apparente. Mais le plus souvent c'est à mettre en lien avec son état de fatigue. Dans ces moments, Lila se montre souvent moins disponible et peut se couper de la relation avec un regard qui plafonne. Les adultes doivent alors repérer ses moments de fatigue pour lui proposer des temps de repos.

Lila peut présenter des gestes répétitifs qui peuvent apparaître de manière aléatoire dans la journée. Tel que secouer sa tête dans tous les sens, des mouvements de rotation des mains et des pieds. Lila semble être en quête de sensations.

Dans le portage Lila s'ajuste encore peu, elle peut se montrer raide et ne se love pas contre l'adulte.

Avec les autres enfants, Lila interagit encore peu. Elle joue le plus souvent à côté des autres. Elle se montre toujours vite parasitée par leur mouvement autour d'elle.

Question : Si les rituels sont indispensables en pouponnière, au plus le placement est long, au plus les rituels peuvent devenir un frein au développement, car lorsque l'on ne peut pas les respecter, l'enfant a beaucoup de mal à le tolérer. Chez nous, il n'est pas rare que la durée de placement en pouponnière dépasse les 3 ans. Qu'en pensez-vous ?

Malheureusement, c'est parfois la réalité. L'enfant petit profite souvent bien du temps collectif en pouponnière, mais à partir du moment où il entre dans l'individuation (à partir d'un an – 18 mois selon son état clinique), l'enfant a plus d'exigences et de demandes. Ainsi la vie en collectif peut devenir beaucoup plus difficile et devenir une souffrance.

Il n'y a pas d'attachement sécure sans un besoin d'affiliation. L'affiliation c'est reconnaître quelqu'un comme sa base de sécurité. A un moment, il faut que cela puisse s'incarner, par une famille d'accueil par exemple.

Avec sa famille : durant le confinement les parents de Lila se sont montrés très discontinus dans les liens qu'ils ont maintenus avec leur fille. Mme a pu appeler à quelques reprises. Quant à M. il n'a donné aucune nouvelle. Lila n'a pas vu ses parents pendant plus de 2 mois. Ils sont de nouveau ensemble. Ils sont toujours dans l'espoir que Mme puisse intégrer le centre maternel. Lors de la reprise des visites, Lila n'a pas montré de difficulté à retrouver ses parents. Toutefois, elle a pu montrer des épisodes d'hypertonicité et malgré l'accueil chaleureux de sa mère, elle a gardé ses distances avec cette dernière.

Pour conclure : Au regard de l'évolution de Lila depuis son admission, l'équipe souhaitait solliciter l'accueil de Lila au sein du service d'accueil familial de l'établissement. L'idée étant de pouvoir répondre aux besoins de continuité dans le quotidien tout en ayant une équipe pluridisciplinaire venant en soutien de l'assistante familiale.

Toutefois, vu la démarche engagée par les parents d'un accueil mère-enfant au centre maternel, le projet famille d'accueil n'a pas été retenu par les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance. De notre côté, nous sommes inquiets de cette orientation au centre maternel au regard de la discontinuité parentale et de l'absence de mise au travail du couple depuis le début du placement.

Nous attendons la prochaine audience et la décision du juge quant à l'orientation future de Lila.

Penser le projet centre maternel :

Lors de la dernière audience le juge des enfants a renouvelé le placement de Lila pour une durée d'un an et validé l'accueil au centre maternel dès lors que Mme M. mettra en place les suivis nécessaires autour de ses addictions.

L'équipe de la pouponnière et du CMP se montrent très inquiets face à cette orientation tant il y a de la fragilité et de la discontinuité chez ces parents.

Afin de penser cet accueil dans les meilleures conditions, une synthèse est organisée entre l'équipe de la pouponnière, les professionnels du centre maternel et la référente ASE. Il en ressort la nécessité de penser cet accueil par étapes. Dans un premier temps les professionnels du centre maternel viendront lors de deux visites à la pouponnière pour se présenter à Lila, une visite

aura lieu au centre maternel avec les deux parents, Lila et la puéricultrice de la pouponnière. Pour ensuite se diriger vers des accueils en journée puis des hébergements avec une ou deux nuits.

1^{ères} nuits au centre maternel :

Le protocole d'accueil au centre maternel se poursuit. Un temps de journée a dû être annulé car Mme ne s'est pas présentée à l'heure expliquant avoir raté son bus. Mme est désormais installée au centre maternel toute la semaine.

Un temps d'hébergement est calé, Mme va pouvoir accueillir sa fille sur deux jours. A l'issue de cette 1^{ère} nuit Mme est en panique, elle dit ne pas avoir dormi de la nuit, Lila ayant mal dormi elle aussi. Elle est submergée par tout ce qu'elle a à faire pour gérer sa fille au quotidien. Elle n'a de cesse de dire « je suis au bout de ma vie ». Le lendemain, Mme ramène Lila à la pouponnière, elle apparaît toute enjouée, souriante. Ce qui contraste avec son mal être de la veille, dont elle ne dira rien.

Lila devait intégrer définitivement le centre maternel avec sa mère quelques jours après cet épisode. Au regard de ce premier retour, l'accueil est repoussé et d'autres temps d'hébergements sont calés pour poursuivre l'évaluation.

Pour rappel, l'ordonnance du juge préconisait cet accueil en lien avec un suivi psychologique pour Mme. A ce stade nous ne savons toujours pas ce qu'il en est et Mme reste très évasive sur le sujet.

Nouveaux temps d'hébergements :

Mme est plus détendue mais cela reste tout de même fragile. L'état d'hygiène de Lila est douteux, il a également été repéré un biberon de soda dans la poussette et les repas que Mme propose à sa fille ne sont pas toujours ajustés à son âge. Lila revient de ces accueils une nouvelle fois épuisée, physiquement elle ne tient plus debout et un nouvel épisode de fièvre est observé.

Un dernier temps d'accueil est prévu avant l'arrivée définitive de Lila. Mme se dit moins submergée par l'accueil de sa fille. Toutefois, 2 jours après le départ de cette dernière, Mme se confie à l'équipe du centre maternel. Elle parle de son épuisement général et se dit très angoissée à l'idée de perdre sa fille. Elle vit difficilement la solitude et l'absence de Lila. Mme se dit très angoissée à l'idée de prendre en charge sa fille dans le quotidien. Lorsqu'elle n'a pas Lila en garde, elle retourne dans sa famille où elle est dévalorisée et accusée d'être responsable du placement. Elle dit avoir peur de retomber dans ses addictions.

Elle est reçue par la psychologue du centre qui lui propose de l'accompagner à l'UPAO (unité psychiatrique d'accueil et d'orientation) ce qu'elle accepte. Sur place, Mme refuse l'hospitalisation. Elle accepte tout de même un traitement et la mise en place d'un suivi au CMP.

Quelques jours après, Mme s'alcoolise très fortement ce qui la conduit à être hospitalisée en urgence pour la nuit. Nous comprendrons plus tard que Mme s'alcoolisait régulièrement lorsqu'elle n'avait pas Lila.

Quelque chose se passe, on entend les paroles de la mère sur sa souffrance et sa détresse. Ceci est nouveau. Elle est écoutée par une équipe et on réussit à comprendre toute sa détresse et sa douleur. C'est un mouvement de bascule très important.

Quelle était la motivation pour la juge de prévoir des accueils et des nuitées chez la mère ? Le droit en France justifie qu'un enfant doit être auprès de ses parents et que toute l'action de l'ASE doit être de porter l'enfant vers ses parents.

Accompagner les parents est tout aussi important et est demandé par les enfants.

A un moment de l'histoire, quelqu'un s'est-il posé la question de la capacité des parents à répondre aux besoins de l'enfant pour organiser cette vie commune ? Au niveau de la pouponnière, clairement énoncé en réunion de synthèse auprès des équipes de l'ASE et du centre maternel.

Il faut que les décisions soient réfléchies et prises par un collectif. Il faudrait une évaluation de la capacité parentale et de son suivi.

La fin de l'accueil :

Suite à cet évènement, l'accueil de Lila est suspendu. Une visite encadrée est mise en place pour garder le lien mère-enfant sur le temps d'accueil initialement prévu et une synthèse avec tous les acteurs est organisée en urgence. Lors de cette rencontre, nous faisons le constat que les inquiétudes évoquées lors de la 1^{ère} synthèse, 6 mois plus tôt, sont confirmées. Le projet centre maternel est abandonné. Il convient désormais de pouvoir penser le lien mère-enfant dans un cadre plus soutenant et sécurisant tant pour Lila que pour sa mère. Il est également temps de penser un nouveau projet d'orientation famille d'accueil pour Lila.

A l'annonce de ce projet, Mme se dit soulagée de ne plus avoir à prendre en charge sa fille au quotidien et se dit rassurée de pouvoir la voir en visite. Toutefois, elle est inquiète de devoir l'annoncer à sa famille et notamment sa mère qui lui reproche le placement de Lila. Mme reconnaît être sous la dépendance de sa mère mais dit ne pas pouvoir faire autrement. La psychologue de la MDS va recevoir Mme en entretien avec la référente ASE, il conviendrait à ce stade de pouvoir orienter Mme vers une cure.

Quant à M., après l'arrêt du projet, il souhaite reprendre les visites avec sa fille. Il lui est signifié qu'il ne peut pas revenir ainsi sans un travail préalable au regard de sa longue absence (près de 4 mois). M. refuse le projet famille d'accueil et dit qu'il a été régulièrement en contact avec Lila tout pendant qu'elle était au centre maternel avec sa mère. Il ne s'est pas présenté au rendez-vous avec la référente ASE après la synthèse et rejette la faute sur les professionnels. Lors de cet échange M. ne prendra aucune nouvelle de sa fille.

A partir du moment où la mère a pu dire qu'elle était déprimée ou inquiète ou qu'elle se sentait incapable de s'occuper de sa fille, c'est à ce moment-là qu'elle est devenue mère. Elle a ainsi autorisé Lila à pouvoir s'installer chez une assistante familiale, qui pourrait se substituer à elle dans le quotidien, sans prendre sa place.

Un temps est pris avec Lila pour lui annoncer l'arrêt de l'accueil au centre, de mettre des mots sur l'état de santé de sa mère et de la nécessité que cette dernière puisse prendre soin d'elle. Tout au long de cet entretien Lila se montre agitée et il est parfois difficile de capter son attention. Pourtant, lorsqu'il lui est annoncé qu'elle allait encore un peu rester à la pouponnière, Lila dit « non ». Et que notre souhait est de lui trouver une famille d'accueil où elle pourra continuer à grandir. Lila répétera ce mot « famille d'accueil ».

Comme prévu, Lila retrouve sa mère dans le cadre d'une visite médiatisée. Un temps avant la visite est pris avec Mme qui se montre très stressée à l'idée de revoir sa fille. Elle peine à intégrer le fait qu'elle ne va pas pouvoir la récupérer même si elle reconnaît qu'elle ne peut assurer sa prise en charge au quotidien. Mme refuse d'entendre parler de famille d'accueil craignant de perdre sa fille. Lila retrouve sa mère avec plaisir, les retrouvailles sont chaleureuses. Mme a apporté des activités manuelles (pâte à modeler, crayons...). Lila se saisit de ces objets et se pose longuement à ces activités. C'est la première fois en visite que Lila se montre ainsi posée et profite de ce temps. Mme observe sa fille et la complimente. Elle lui annonce qu'elle va se soigner, qu'elle ne l'oublie pas et qu'elle fera tout pour la récupérer. D'elle-même, elle évoque auprès de Lila le projet famille d'accueil qui est pensé pour elle. Lila se montre attentive aux paroles de sa mère.

Lila quitte la pouponnière après 1 an et demi d'accueil. Elle intègre le service d'accueil familial de l'établissement. Lila est alors âgée de 23 mois.

23 mois, les premiers retours de la famille d'accueil :

Lila s'est très vite intégrée au sein de la famille d'accueil. C'est une petite fille au caractère bien affirmé qui ne craint pas de s'opposer à l'adulte (l'assistante familiale parle de « mini ado » en évoquant certains comportements de Lila).

Alimentation : Lila a du plaisir à manger, elle aime découvrir de nouveaux goûts. C'est une petite fille curieuse et en demande de découvertes gustatives. Quelques jours après son arrivée, elle a arrêté de prendre son lait au biberon au profit d'un verre.

Sommeil : Lila a besoin de beaucoup de sommeil. Elle n'a montré aucune difficulté pour s'endormir dans son nouvel environnement. Il est également constaté une grande capacité d'adaptation chez Lila. Ainsi, lorsque la famille se rend chez des amis Lila s'endort sans difficulté dans un lieu inconnu, elle ne montre aucune appréhension.

Elle transporte sa base de sécurité avec elle.

Temps de soins : Lila aime que l'on prenne soin d'elle. Dans les premiers temps, la toilette du visage pouvait être compliqué, Lila appréhendait et refusait le contact du gant sur sa peau. En invitant Lila à faire seule et en adaptant le matériel mis à sa disposition (utilisation de lingettes en tissu) elle participe davantage et n'a plus d'appréhension. Elle aime faire seule avec l'aide de l'adulte.

La famille d'accueil a observé que le contact corporel et les soins du visage étaient difficiles pour Lila et elle a recherché des solutions, comme les lingettes en tissu. Elle a observé, recherché, essayé de comprendre et à les interpréter. C'est ce mouvement qui est thérapeutique pour l'enfant.

Santé : le traitement de fond pour l'asthme a été récemment arrêté. Lila a eu un rdv avec le chirurgien orthopédiste, sa plagiocéphalie s'est réduite et ne nécessite plus de soin particulier. Elle est toujours suivie par le service de pédopsychiatrie.

Lila a plusieurs maisons et une équipe est présente pour faire le chemin d'aller et retour entre les différentes maisons. L'équipe de pédopsychiatrie va pouvoir donner des nouvelles de Lila à l'équipe de la pouponnière et inversement elle pourra dire à Lila et sa famille d'accueil que l'équipe de la pouponnière pense à elle.

Question : Peut-on penser que sans l'essai de centre maternel la mère n'aurait pas adhéré au projet de famille d'accueil ? Faut-il savoir prendre des risques parfois ?

Il est vrai que c'est une épreuve du réel pour la mère. Elle s'est rendu compte dans le concret qu'elle ne pouvait pas. Mais cela a été aussi l'occasion d'une période de souffrance pour Lila, qui heureusement n'a pas trop impacté son développement. Jouer les apprentis sorciers dans ce type de situation reste sur le plan éthique délicat.

Précision apportée : Lors du passage au centre maternel, Lila a reperdu l'usage de ses jambes.

L'évaluation des compétences parentales et de l'état psychique des parents doit être première avant toute nouvelle réorientation de l'enfant. C'est une pièce qui a manqué ici.

Avec ses parents :

Avec sa mère : Lila a revu sa mère à 3 reprises depuis son arrivée dans la famille d'accueil. Lors de la première visite, Mme est arrivée en état de manque, très mal physiquement. Au regard de son état la visite a été annulée. Des mots ont été mis auprès de Lila qui a pu dire simplement bonjour à sa mère après avoir fait 1h de route pour venir la voir. Le trajet du retour a été très compliqué, Lila a développé une forte diarrhée dans la voiture questionnant l'assistante familiale par un « maman bobo ventre, maman docteur ». De retour au domicile, au lever de sieste Lila était physiquement transformée : regard vide, lèvres bleues, ayant froid. Lila semblait absente. Suite à cette rencontre et pendant une semaine Lila n'a eu de cesse de demander à sa famille d'accueil « ça va ? pas bobo ? ».

Par manque d'anticipation, Mme a raté plusieurs visites. Elle s'est également absentée pour 3 semaines dans le cadre d'une cure. Cette fois Mme a pu mettre des mots auprès de sa fille quant à son absence et son besoin de se soigner.

En visite, mère et fille sont sans cesse en mouvement, un support médiateur les aide un peu à se poser. Lila a bien repéré les adultes qui encadrent les visites et sait s'appuyer sur eux pour prendre de la distance avec sa mère. Quant à Mme, elle a besoin d'être accompagnée, guidée. Si elle entend les conseils et les applique sur l'instant, ils ne s'inscrivent pas dans le temps. Mme M a créé du lien avec l'équipe du SAF, elle a grand besoin de reconnaissance et que l'on prenne soin d'elle, les visites lui font du bien et la soutiennent. Ainsi, arrivée au centre de cure Mme a appelé l'éducatrice référente de Lila au SAF pour lui annoncer qu'elle était bien arrivée. Lors de ses appels, Mme a toujours une pensée pour sa fille, demandant comment elle va. Mme accepte toutes les prises en charges pensées pour sa fille si cela peut l'aider à grandir.

Avec son père : M. B a été longuement absent. Après un temps de rencontre avec l'équipe du SAF, une visite a été posée. A l'issue de cette rencontre Lila s'est montrée très excitée, n'écoutant plus les paroles de l'adulte et pouvant se mettre en danger. Sur le trajet du retour Lila s'est exprimée par des cris. A la vue du château, Lila s'est apaisée énonçant une « arrivée maison Lila ». Durant toute la semaine qui a suivi cette visite, Lila n'a eu de cesse de tester le cadre, elle était en permanence dans l'opposition, défiant la famille d'accueil (tire la langue, dit non en permanence, rires nerveux, jette la nourriture à table). Un temps d'échange avec l'assistante familiale et l'éducatrice référente a été posé, mettant ainsi des mots auprès de Lila sur le rôle des adultes et sa place d'enfant. Ces mots semblent avoir apaisé Lila.

Pour le moment M. se dit prêt à coopérer. Il dit avoir tout à apprendre dans son rôle de père. En visite Lila peut venir chercher son père sur le plan du cadre et des limites. M. semble en grande difficulté pour y répondre.

Lors du dernier jugement des droits de visites ont été actés pour chacun des grands parents (maternels et paternels). Lila ne les a pas revus depuis son placement, elle avait 4 mois ½. Une première visite va être proposée afin d'évaluer les effets sur Lila pour penser la suite à donner.

Lila vient de fêter ses 2 ans et continue de bien grandir malgré quelques fragilités.

Lila a pu récupérer un développement quasi normal. Il aura fallu presque 2 ans de travail et de réanimation pour récupérer cet état.